

入院時情報提供書

記入日：H ○ 年 ○ 月 ○ 日
 入院日：H ○ 年 ○ 月 ○ 日
 情報提供日：H ○ 年 ○ 月 ○ 日

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名：○○○○○○○病院
 ご担当者名：#####様

事業所名：○○○○○○○○○○○ケアプランセンター
 ケアマネジャー氏名：静岡太郎
 TEL: 123-1234-5678 FAX: 123-1234-5678

利用者(患者)／家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。ぜひご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ) ヤマダ ハナ 山田 花	年齢	85 才	性別	男 (女)
住所	〒 111 - 1111 静岡県○○市○○丁目○○-○○	生年月日	明・大(昭)平 ○ 年 ○ 月 ○ 日生	電話番号	○○○ - ○○○○ - ○○○○
住環境 ※可能ならば「写真」などを添付	住宅の種類(戸建て・集合住宅)、10階建て、居室 階、エレベーター(有)・無)) 特記事項(玄関の段差、スペースが狭い、屋内に敷居がある。))				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (1) 有効期間：H ○ 年 ○ 月 ○ 日 ~ H ○ 年 ○ 月 ○ 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				<input type="checkbox"/> 医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的)		
年金などの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 (テスト入力) 長男と二人暮らし * <input checked="" type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者氏名	山田 太郎 (続柄 長男(養子) 60才)	(同居・別居)	TEL	080-2222-3333	
キーパーソン	山田 華子 (続柄 長男の妻 49才)	連絡先	TEL	090-1111-2222	

3. 本人/家族の意向について

本人の性格・趣味・関心領域等	社会的で面倒見がよく、自分より他人を大切にするタイプ。字や絵を描くのが好き。演歌歌手○○の大ファン。				
本人の生活歴	専業主婦。長年、町内会役員を務めるなど地域で活躍。70代半ばから夫を献身的に介護していたが約4年前に他界し、一人暮らしとなって心配した長男が同居。半年前、脳梗塞発症を機に要介護状態となり、サービス利用を開始した。最近はデイサービスに行くことを楽しみにしている。				
入院前の本人の生活に対する意向	○○のリサイクルに行きたい。デイサービスに通いたい。子どもたちにできるだけ負担をかけたくない <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照				
入院前の家族の生活に対する意向	夫や義母の介護などで、長年、家族や人のために尽くしてきた母親なので、残りの時間を楽しく過ごせるようにしてあげたい。できれば好きなことをさせてあげたい <input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照				

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1,2,3表 <input type="checkbox"/> その他 ()				
-----------------	--	--	--	--	--

5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	デイが楽しみの一つであり、また体調悪化時に早期発見のため利用の継続を希望しているが、玄関スペースが限られており、車イスならば、職員の一人介助で、立位保持と方向転換ができるまで回復することが要件。				
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 本人、長男夫婦、孫 4名) * <input checked="" type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()				
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 ()				
退院後の主介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 続柄 年齢)				
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める (<input type="checkbox"/> 十分・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない				
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
特記事項 (特に注意すべき点など)	長男が週3回・日中働いており、一人になる時間の過ごし方を検討する必要がある				

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望 ()
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり

*=診療報酬 退院支援加算1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	<input checked="" type="radio"/> 軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ()			
ADL	移動	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input checked="" type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他
	移乗	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input checked="" type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他
	更衣	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助	起居動作	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	全介助					
	食事	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	(3)回/日 (朝 8 時頃 昼 12 時頃 夕 18 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分	1			
	摂取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口	<input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養	水分とろみ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	<input checked="" type="radio"/> むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(部分) <input checked="" type="checkbox"/> 紗				
	口腔清潔	良	<input checked="" type="radio"/> 不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		<input checked="" type="radio"/> 良	不良()		眠剤の使用	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		<input checked="" type="radio"/> 無	有 本くらい/日		飲酒	無 <input checked="" type="radio"/> 有 1 合くらい/日あたり				
コミュニケーション能力	視力	問題なし	<input checked="" type="radio"/> やや難あり	困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ()			
	聴力	問題なし	<input checked="" type="radio"/> やや難あり	困難		補聴器	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	言語	<input checked="" type="radio"/> 問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項:				
	意思疎通	<input checked="" type="radio"/> 問題なし	やや難あり	困難		左耳のほうが聞こえやすい。				
精神面における療養上の問題		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input checked="" type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input checked="" type="checkbox"/> その他(高血圧、高脂血症、骨粗しょう症)								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(理由:)				期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日				
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input checked="" type="checkbox"/> 頻度は低い、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()								

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (降圧剤ほか複数)	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (職種: クリニック薬剤師)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: 長男、デイサービス職員) 管理方法: ご本人に手渡し		
服薬状況	<input checked="" type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項	服用頻度が月1回の骨粗鬆症の薬を服用している		

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名	〇〇クリニック	電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇
医師名	(フリガナ) サトウ イチロウ 佐藤 一郎	診察方法・頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度=(1) 回/月・週

*=診療報酬 退院支援加算1. 2「退院困難な患者の要因」に関連